



Estado de Utah
Departamento de Workforce Services
Formulario para Reportar Cambios

Date Received:

Nombre: _____ Número de SS: _____ Número de Caso: _____

Ya no necesitamos los siguientes tipos de Asistencia Pública: Financiera Médica Alimenticia Cuidado Infantil

Razón: _____ Firma: _____

Complete y firme este formulario solamente si tiene un cambio que reportar! Si tiene preguntas, comuníquese con su trabajador.

Es un requisito que usted reporte diferentes cambios de acuerdo con el tipo de asistencia que reciba. Si tiene preguntas sobre cómo llenar este formulario, llame a la oficina de DWS más cercana. Por favor, solo llene las secciones que se apliquen a sus cambios. Recuerde el adjuntar verificaciones para cada cambio que se este reportando. Usted debe reportar los siguientes cambios durante los primeros 10 días. Cualquier información falsa o no reportada que sea descubierta puede causar un sobre pago, o un juicio por fraude.

SIEMPRE DEBE REPORTAR LO SIGUIENTE:

- Cuando se mude de casa.
- Si el ingreso total de su hogar (antes de deducciones) es más de: \$ _____ mensualmente .

Por favor, explique sus cambios: _____

Y si recibe ASISTENCIA FINANCIERA en efectivo, también debe reportar:

- Si sólo tiene un hijo(a) recibiendo Asistencia Financiera, y éste se muda de casa.

Por favor, explique sus cambios: _____

Y si recibe ASISTENCIA ALIMENTICIA, es capaz de trabajar, tiene entre 18-49 años de edad, y no tiene hijos viviendo en su hogar, también debe reportar:

- Si sus horas de trabajo son menos de 20 horas semanales.

Por favor, explique sus cambios: _____

Y si recibe ASISTENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL, también debe reportar:

- Si un padre de familia, padrastro o madrastra, esposo(a) o ex-esposo(a) se muda al hogar, si alguien se casa, si un hijo(a) recibiendo Asistencia para el Cuidado Infantil se muda de casa.
- Si el horario de un padre de familia o la escuela del niño cambia, de manera que el cuidado infantil no es necesario durante las horas de actividades aprobadas laborales y/ o de capacitación.
- Si deja de participar en un programa aprobado de educación o entrenamiento.
- Si cambia su proveedor de cuidado infantil.
- Si no reúne los requisitos mínimos de empleo. Esto incluye la finalización de un trabajo. (Padres solteros deben trabajar por lo menos 15 horas semanales. En hogares donde hay dos-padres de familia, uno debe trabajar por lo menos 15 horas semanales, mientras que el otro debe trabajar por lo menos 30 horas semanales.)

Por favor, explique sus cambios: _____



Si recibe **ASISTENCIA ALIMENTICIA** es una persona anciana/ con incapacidad, y **no** tiene ingresos salariales, debe reportar:

- Cambios en su fuente de ingresos, salariales y no salariales.
- Cambios de más de \$50 dólares en sus ingresos no salariales totales mensuales.
- Cambio de estatus en su empleo:
 - Tales como horas de trabajo, cambio de tiempo completo a medio tiempo y viceversa
 - Cambio en su sueldo o salario
 - Y la pérdida de un trabajo
- Cambio en el número de personas viviendo en su hogar o arreglos de vivienda.
- Obtención de un vehículo.
- Cambios en sus bienes económicos que lleguen a, o sobre pasen el límite de bienes económicos de \$3,000 dólares.
- Cambio en el nuevo costo de vivienda debido al cambio.
- Cambio en la obligación legal de pagar Soporte Financiero Infantil.

Por favor, explique sus cambios: _____

Y si recibe **ASISTENCIA MEDICA** debe reportar cambios en:

- Cambio en la fuente de ingresos.
- Cambios de más de \$25 dólares en ingresos salariales totales mensuales.
- Obtención de un pago global de cualquier fuente:
 - Incluyendo pagos de aseguradoras
 - Por daños y perjuicios
- Cambios en sus bienes económicos:
 - Tales como la pérdida u obtención de un vehículo
 - El abrir una cuenta bancaria
- Obtención de un vehículo.
- Cambios de más de \$25 dólares en deducciones permisibles totales.
- Cambios en su seguro médico.
- Cambios en el número de personas viviendo en su hogar, arreglos de vivienda, o cambio en su estado civil.
- Cambio en el tipo de residencia, tal como ingresar a, o ser dado de alta de alguna institución.

Por favor, explique sus cambios: _____

Acuerdo para reportar:

Yo, _____, he leído o se me ha leído la declaración anterior. He entendido la declaración. Entiendo que debo reportar cualquier cambio en mi situación durante los primeros 10 días que me entere del cambio al Departamento de Workforce Services o al Centro de Servicios de Elegibilidad. Entiendo que después tendré 10 días para proveer verificaciones del cambio reportado. Entiendo que cualquier información falsa o no reportada que sea descubierta puede causar un juicio por fraude. Entiendo que podré solicitar una audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con cualquier acción tomada en mi caso.

Firma Del Cliente

Fecha

Programa Empresarial No Discriminatorio.

Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles a personas minusválidas bajo petición. Para mayor información llame al teléfono (801) 526-9240. Personas con impedimentos en el habla y /o sordera pueden marcar el número 711 (state relay). Para asistencia en Español, marque el número 1-800-346-3162.